DE

N° 114.

LA PLEURÉSIE LATENTE,

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT

SOUS LE RAPPORT DE SES CAUSES ET DE SON DIAGNOSTIC;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR A. P. LAURAND, de Rochefort,

Département de la Charente-Inférieure;

Bachelier ès-lettres; ex-Officier de santé auxiliaire de deuxième classe de la marine royale.

Ars medica tota in observationibus.
HOFFMANN.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Suppléant.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant.*	Pavet de Courteille.
Devergie.	Ratheau.
Dubois, *Examinateur.*	Richard.
Dance, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES ;

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Gage du plus inviolable attachement, et faible tribut de reconnaissance pour les nombreux et généreux sacrifices qu'ils ne cessent de faire pour mon bonheur.

A MON JEUNE FRÈRE,

HIPPOLYTE LAURAND.

Assurance d'amitié sincère.

A MES AMIS.

A. P. LAURAND.

DE

LA PLEURÉSIE LATENTE,

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT

SOUS LE RAPPORT DE SES CAUSES ET DE SON DIAGNOSTIC.

Si dans certains cas on éprouve des difficultés assez grandes pour reconnaître une maladie, alors même que la plupart des symptômes sont apparens, combien ces difficultés ne deviennent-elles pas plus grandes lorsque cette maladie se dessine mal, et ne fournit que des signes obscurs, équivoques, incertains! Telle est l'inflammation connue sous le nom de *pleurésie latente.*

Il faut, en effet, que le médecin soit doué d'une heureuse perspicacité, qu'il mette à profit les indices même les moins saillans, qu'il note avec la plus scrupuleuse attention tous les phénomènes morbides, en tenant compte des irrégularités signalées par de grands maîtres, pour reconnaître l'affection qui doit faire l'objet de cet essai. Une tâche semblable est sans doute au-dessus de mes forces; elle ne pourrait être avantageusement remplie que par quelqu'un plus riche d'observations et d'expérience que je ne le suis; en outre, elle exigerait des recherches que des circonstances pressantes ne me permettent pas de faire. Quoi qu'il en soit, persuadé d'avance qu'on voudra bien m'accorder de l'indulgence pour une matière qui, pour ne pas rester incomplète, mériterait de longues méditations, beaucoup de pratique, et une plume plus exercée que la mienne,

je vais énumérer, avec le plus de précision qu'il me sera possible, ce qui appartient à la pleurésie latente, en m'attachant surtout à mettre sous les yeux ses causes, les nuances que présentent ses différens symptômes, à faire observer les variétés qui existent dans l'apparition de ces symptômes; enfin à rendre compte des moyens employés jusqu'à ce jour pour aider le diagnostic, ordinairement si difficile à établir.

Définition. — Siége. On entend généralement par *pleurésie latente* l'inflammation de la plèvre, dont l'existence n'est souvent reconnue qu'après la mort, qui exerce ainsi ses ravages à l'insu du médecin et même du malade, ou qui se manifeste par des symptômes tellement obscurs qu'il faut un examen opiniâtre, beaucoup de sagacité, et une grande habitude de l'observation pour la reconnaître. De même que la pleurésie la mieux caractérisée, elle peut occuper une seule plèvre, ou ces deux membranes à la fois, ou enfin être bornée à une portion de l'une d'elles.

Étiologie.

Prédispositions. — Age. Les vieillards y sont plus particulièrement sujets, sans doute parce qu'à cette période extrême de l'existence la vie est moins active et les organes moins susceptibles de réaction : les enfans et les adolescens maigres, d'une stature effilée, en offrent cependant aussi quelques exemples.

Sexe. L'expérience ne m'a pas fourni assez d'observations pour prononcer si les femmes y sont plus exposées que les hommes; mais il est probable que l'irrégularité fréquente des menstrues, que la prédominance du système lymphatique, et que l'habitude des corsets, qui s'oppose chez elles au libre développement des organes contenus dans la poitrine, doivent les rendre plus aptes à contracter cette maladie.

Constitution. Les pleurésies latentes affectent spécialement les individus mous, apathiques, dont les sensations sont peu vives; ceux

doués de cette constitution caractérisée par l'atonie des divers appareils, qui ont la poitrine mal conformée, les poumons trop resserrés pour exécuter facilement leurs fonctions, tels sont les rachitiques, etc. Elles doivent être plus fréquentes quand il existe déjà une inflammation de quelque autre organe, et surtout d'autres membranes séreuses; enfin, quand il y a un vice héréditaire qui, comme l'avance M. *Corvisart* (Commentaires sur *Avenbugger*) est le résultat d'une similitude d'organisation reçue des parens.

Doit-on admettre que les personnes qui ont des rapports acides ne sont jamais pleurétiques? *Acidum ructantes non admodùm pleuritici fiunt.* (Hipp., aph. 33, sect. 6.)

Il est d'universelle observation, selon M. *Double* (Séméiol. génér., t. 3, pag. 434), que les individus qui, dans leur enfance, ont eu de fréquentes et abondantes hémorrhagies nasales sont atteints, à une époque plus avancée de la vie, de pleurésie.

Régime. Une alimentation relâchante et peu réparatrice favorise l'obscurité des symptômes chez ceux qui deviennent pleurétiques.

L'affaiblissement des forces, et par suite le mauvais état des fonctions imprime un caractère d'atonie d'où résulte ce défaut de réaction si propre à rendre toute inflammation latente.

Professions. Tous les gens qui sont exposés journellement aux transtions subites de température, tels sont les verriers, boulangers, cuisiniers, glaciers, marchands de vin, coureurs à pied et à cheval, etc.; ceux dont les états exigent des efforts considérables des organes thoraciques, comme les chanteurs, crieurs publics, joueurs d'instrumens à vent, etc., ont, sans contredit, plus de tendance à contracter des pleurésies de toute espèce.

Saisons. Hyeme pleuritides, dit le vieillard de Cos. C'est en effet pendant l'hiver que se montrent fréquemment les affections de la plèvre; mais elles règnent aussi pendant l'automne et le printemps,

et toutes les fois que l'atmosphère est froide et humide : cette dernière constitution, en rendant les chairs molles, les individus lâches et faibles, peut exercer une influence assez marquée sur les maladies inflammatoires pour ne les faire apparaître que faiblement.

Habitation. Nul doute qu'on ne doive ranger parmi les causes prédisposantes des phlogoses latentes de la plèvre, l'habitation dans les lieux bas, humides et marécageux : à ce titre il est peu d'endroits en France où l'on ait plus d'occasion d'observer cette insidieuse maladie que dans celui où je suis né, et où j'ai commencé mes études médicales. (Le port de Rochefort.)

Habitudes. Une vie trop sédentaire, la faiblesse, soit constitutionnelle, soit provenant d'excès dans tous les genres, favorisent d'abord l'action des causes qui tendent à produire la pleurésie, et lorsque celle-ci se développe, la réaction vitale, trop faible, trop languissante, ne peut lui faire prendre une marche franche et caractérisée. Il en est de même de la tristesse prolongée, elle détermine un état de langueur et d'abattement qui semble anéantir les organes; et tout ce que peuvent alors sur eux les excitations morbides, c'est de les irriter à un faible degré dans le principe, *sourdement*, et d'occasionner ainsi ces phlegmasies qui ne sont aperçues que long-temps après leur naissance.

Causes efficientes immédiates. Parmi elles se trouvent, l'introduction de corps étrangers dans les cavités thoraciques, les blessures de toute espèce du thorax ou des organes qu'il contient, les efforts violens qui suspendent la respiration. Mais une des plus fréquentes est le catarrhe bronchique, qui agit alors et par voie de sympathie, et mécaniquement, c'est-à-dire en excitant de fortes quintes de toux, lesquelles déterminent le froissement des plèvres contre les parois pectorales correspondantes.

Causes efficientes médiates. On doit mettre au premier rang celle

que *Sydenham* regarde comme la plus efficace des inflammations, le changement subit de température ou l'impression d'un air froid sur une partie du corps échauffée : *plures hominum ab hâc causâ, quàm peste gladio atque fame simul omnibus periunt* (Sydenham). Cette cause qui le plus souvent détermine des pleurésies bien dessinées, en produit d'obscures sur des individus dont la constitution présente les conditions déjà émises.

Comme causes de phlogose de la plèvre, le frisson fébrile, l'horreur, la surprise, la frayeur, etc., agissent à la manière du froid; il en est de même de l'ingestion des boissons à une température beaucoup plus basse que celle du corps, du changement de vêtemens lourds en vêtemens légers, de l'humidité et du froid aux pieds.

Un accès de colère, les passions fortes, enfin toutes les émotions vives de l'âme, en raison des lois de la sympathie des différens organes, produisent un spasme plus ou moins violent, et peuvent déterminer un premier degré d'irritation pour peu que le spasme soit permanent; mais comme il faut de grandes douleurs pour détourner l'esprit des individus de l'objet puissant qui les occupe, ce premier degré d'irritation n'est pas suffisant, et le mal fait des progrès, pour ainsi dire, à l'insu de celui qu'il affecte.

Parmi les autres causes efficientes médiates, on rencontre la suppression d'évacuations habituelles, la disparition brusque de maladies exanthématiques; le transport de la goutte, d'un rhumatisme; la guérison d'anciennes plaies chez le vieillard; l'action de miasmes délétères sur la peau ou sur la membrane pulmonaire; l'irritation trop fréquente des organes génitaux; des maladies antécédentes qui ont imprimé à la plèvre un état de débilité; une pleurésie aiguë incomplètement terminée; des productions accidentelles développées dans cette membrane; selon quelques médecins, l'usage prolongé de certaines eaux minérales; enfin, si l'on en croyait *Stoll*, la rétrocession de la bile dans le sang : *Inflammatio ab acri bile sæpè occulta sine dolore.* (Stoll, *Rat. med.*, t. 1, p. 164.)

Symptomatologie et séméiologie.

Douleur. La douleur, qui assez constamment accompagne les pleurésies aiguës bien dessinées, manque le plus ordinairement dans les pleurésies latentes : *pleuritides frequentes sunt occultæ quia indolentes, undè gravissimi errores in praxi succedunt*, dit *Baglivi*, qui, le premier, a commandé l'attention sur cette maladie.

Morgagni, *Sarcone*, *Selle* et *Bayle* ont vu la plèvre toute dévorée par des inflammations et des suppurations cruelles, sans que les malades, durant leur vie, se fussent plaints de la moindre douleur dans le lieu affecté.

Hoffmann, *Dehaen* et quantité d'autres observateurs modernes, non moins recommandables, assurent que la douleur manque parfois dans les inflammations les plus intenses des viscères les plus sensibles.

M. *Andral* fils (Méd. cliniq., 2e. part.) recommande bien de ne jamais perdre de vue la possibilité de l'existence de ces pleurésies complètement indolentes, soit à leur début, soit pendant tout leur cours : l'expérience, dit-il, a déjà prouvé que souvent la plèvre, aussi-bien que les autres membranes séreuses, peut s'enflammer, se remplir de pus, se couvrir de fausses membranes, se désorganiser, sans que ces graves désordres soient annoncés par aucune espèce de douleur.

M. *Broussais* a plusieurs fois remarqué que les pleurésies les plus vastes étaient les plus dépourvues de point douloureux fixe. Dans son Traité des phlegmasies chroniques, il cite l'observation d'un sergent qui mourut à l'hôpital d'Udine d'une irritation pleurétique, laquelle ne produisit d'autres troubles saillans que la toux, la dyspnée, un peu d'anxiété et de légers mouvemens fébriles ; la mort mit pourtant en évidence un épanchement séro-purulent dans la cavité gauche de la plèvre avec rougeur de toute cette membrane.

Laennec, en parlant des pleurésies hémorrhagiques qui se terminent par la formation de fausses membranes fibro-cartilagineuses, pleurésies qui, selon lui, méritent le plus le nom de *latentes*, commence

ainsi l'énumération des symptômes : *la douleur est rare, fugace et souvent si peu intense que les malades ne s'en plaignent pas, à moins qu'on ne les interroge.* Ainsi donc, dans ce cas, comme dans bien d'autres, ce symptôme est quelquefois tellement faible, que ce n'est qu'à force de recherches et de demandes que le médecin parvient à en avoir connaissance. Au reste, son degré d'évidence varie encore selon la portion de la membrane qui se trouve enflammée : généralement il est moins prononcé dans les pleurésies partielles, désignées sous le nom de *médiastines, interlobaires*, que dans celles où l'irritation occupe la partie de la plèvre qui tapisse l'appareil locomoteur de la respiration : aussi quand c'est vers le diaphragme que se trouve le point irrité, ce muscle devient immobile, et la dilatation du thorax s'effectue plutôt par le mouvement d'ascension des côtes; tandis qu'au contraire le diaphragme est en activité, et les côtes restent dans l'inaction quand la plèvre costo-pulmonaire est le siége du mal. C'est surtout en examinant la poitrine nue chez les individus amaigris, et particulièrement chez les enfans pleurétiques, que l'on aperçoit presque toujours, assez distinctement, que le côté affecté se dilate moins que le côté sain : ce signe, disent MM. *Roche* et *Samson*, rare chez les adultes, parce que les parois thoraciques sont beaucoup moins souples et moins mobiles, est souvent d'un grand secours pour le diagnostic.

M. *Lebidois* (dans le 3°. vol. des Archiv. génér. de méd., an 1823) rapporte une observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Rouen, d'une double pleurésie, qui succéda à une péricardite, et qui ne paraît avoir été annoncée par aucune douleur : l'anxiété extrême, et surtout l'état d'orthopnée avec inclinaison du tronc en avant, indiquaient l'altération de la plèvre diaphragmatique, et l'ouverture du cadavre en démontra effectivement l'existence.

Baglivi, pour mieux apprécier le symptôme qui nous occupe, faisait coucher le malade successivement des deux côtés, et lui recommandait, pendant qu'il était dans l'une ou l'autre de ces positions, de faire de fortes inspirations ou de tousser : *fac ut æger in dextrum vel sinistrum latus decumbat ; decumbenti impera ut fortiter respiret et tus-*

siat, finita una aut altèra respiratione pete ab illo an inter respirandum et tussiendum dolorem aut gravedinem alicubi in pectore persentiat, quod si affirmet pro certo habeto pleuritidis sedem illic esse ubi dolorem aut gravedinem indicaverit. Hujus signi certitudine plures deteximus occultas pleuritidines magno ægrotantium commodo. (Cap. 9, p. 33.)

Stoll conseille les mêmes moyens, et prétend qu'il suffit, pour être assuré qu'il y a quelque inflammation latente dans la poitrine, que le malade ressente pendant les épreuves une légère sensation de gêne, de piqûre, d'ardeur et de constriction.

Si, aux préceptes de *Baglivi* et de *Stoll*, on ajoute la percussion du côté et la pression intercostale, on aura, je crois, le complément de tout ce qui a été indiqué jusqu'à présent pour faire ressortir la douleur.

État de la respiration. La gêne et la fréquence de la respiration sont des symptômes de pleurésie latente assez ordinaires; mais néanmoins ils manquent quelquefois, et quelquefois ils sont si peu marqués, qu'on ne peut les apercevoir. Pour que les altérations de l'acte respiratoire fournissent au diagnostic des données précises, il faudrait pouvoir déterminer au juste les limites d'une respiration naturelle avec celle qui ne l'est pas ; il faudrait connaître l'état habituel de cette fonction chez ceux qui réclament nos secours. La fréquence, véritable état pathologique chez l'un, peut être ordinaire chez l'autre. L'âge, le sexe, les professions, le degré de sensibilité, la position du malade, la présence du médecin, enfin un grand nombre de circonstances sont susceptibles d'influencer d'une manière notable le phénomène dont il s'agit.

Beaucoup de praticiens, entre autres *C. Lepois*, ont attribué une grande importance à la dyspnée comme signe d'épanchement pleurétique (et l'on sait que telle est la suite la plus fréquente des inflammations de la plèvre). *Jacob Vicary*, abusé par ce signe, s'écrie : *Quàm hujus-ce morbi fallacia sunt subindè diagnostica! Helrwich, Buchner* et *Morgagni* ont à leur tour remarqué qu'une collection

morbide peut exister dans la plèvre sans occasionner d'oppression. M. *Andral* fils, qu'on ne saurait trop consulter quand il s'agit des affections de la poitrine, cite l'observation d'un individu chez lequel un énorme épanchement pleurétique n'empêchait pas d'exercer sans fatigue le métier de charretier. Il rapporte aussi le cas d'un élève en pharmacie dont la respiration était tellement libre, qu'il était impossible de supposer la plus petite altération des organes thoraciques, qui cependant avaient beaucoup souffert.

Ces faits, et plusieurs autres que je pourrais rapporter, tendent à prouver que la respiration peut rester naturelle malgré des irritations vives de la plèvre, et que le médecin ne doit pas toujours s'en laisser imposer par la régularité de cette fonction.

Afin de donner plus d'évidence aux légers troubles de l'acte respiratoire, on devra faire prendre au malade diverses positions, et remarquer celle dans laquelle il respire le moins facilement. Dans le même but, on pourrait encore l'obliger à marcher un peu vite, ou le forcer à monter un escalier difficile. Notons que, dans toutes les pleurésies, l'inspiration est pour l'ordinaire plus laborieuse que l'expiration.

Les mouvemens divers imprimés au malade qu'on veut examiner peuvent aussi aider à révéler la présence d'un épanchement : du déplacement du liquide peut résulter un sentiment de pesanteur, de plénitude et d'étouffement qui auparavant n'existait pas.

Toux. La toux, qui est encore un des symptômes accoutumés des phlogoses de la plèvre, manque parfois entièrement, ou bien elle est si peu prononcée, que le médecin et le malade lui-même n'y font aucune attention. Dans la pleurésie latente, elle est ordinairement rare, ne se fait point par quintes ; elle est sèche le plus souvent ; mais quelquefois elle est accompagnée d'une expectoration ou purement catarrhale, ou de matière blanchâtre, spumeuse, analogue à la salive mêlée à l'air. Les crachats, indices d'un épanchement, ont, selon quelques auteurs, dans certains cas, l'odeur d'hydrogène phosphoré,

et leur expuition a quelque chose de spécial et presque caractéristique.

La toux, comme les symptômes précédens, est sujette à varier suivant les positions du malade, les variations de température, et même l'instant de la journée. Quelquefois elle ne se montre qu'à des époques très-éloignées, ou pendant de légers paroxysmes, qui ont surtout lieu le soir ou la nuit. Les toux anciennes, légères, râpeuses, sans expectoration, sans amaigrissement progressif, sans troubles des voies digestives, sans fièvre ou seulement avec une fréquence de pouls qui ne devient fébrile qu'à la suite des excès, fournissent la présomption d'une inflammation de la plèvre,

Décubitus. Dans le plus grand nombre des cas de pleurésies latentes avec ou sans épanchement, le décubitus ne fournit aucun signe qui puisse faire reconnaître la nature de la maladie : il est le plus souvent facile dans tous les sens. Néanmoins il faut examiner quelle position paraît préférable au malade, et suivre en cela le précepte de *Stoll* : *Si æger modò in hoc, modò in alterum latus sese convertere jubeatur, atque attendere, nùm quilibet decubitus æquè ipsi facilis sit, nùm fors,* etc. (P. prima, an 1776, jul., p. 65).

Dans la pleurésie accompagnée d'un peu de douleur, les malades se couchent ordinairement sur le côté sain tant que cette douleur persiste; mais, quand elle a cessé, ils ne se placent plus que sur le côté affecté. Lorsqu'il y a épanchement, et qu'il est peu considérable, ils peuvent rester sur le côté qui n'a point souffert; mais si le liquide augmente, ils adoptent celui où siége le mal, ou bien ils se mettent sur le dos, si la collection occupe en même temps les deux plèvres.

Cependant *Morgagni* et *Wepfer* disent avoir observé plusieurs malades qui, avec des épanchemens pleurétiques, se couchaient de préférence sur le côté sain. *Bonnet* et *Rivière* assurent que dans beaucoup de cas l'incubation a lieu sur le dos. Toutefois, comme je l'ai dit, quelle que soit l'époque de la pleurésie latente et son intensité, le décubitus est souvent indifférent pour le malade; il se couche alter-

nativement soit sur l'un ou l'autre côté, soit sur le dos, sans éprouver de gêne sensible. Il faut cependant s'assurer si la position qu'on assigne, et qui ne paraît pas gênante pour un moment, ne le devient pas quand elle est long-temps gardée; enfin si le sommeil, dans l'une ou dans l'autre s'exécute avec plus de régularité. Mais on doit se garder de s'en laisser imposer par le trouble que déterminerait pendant cet acte une manière d'être qu'on ferait prendre au malade, et qui se trouverait en opposition à ses usages; bien des gens, comme on le sait, ne peuvent goûter un repos parfait quand ils dérogent aux habitudes qu'ils se sont imposées.

Fièvre. La pleurésie latente existe assez souvent sans fièvre, ou ce symptôme est si léger, si fugitif, que pour en avoir connaissance, il faut saisir les circonstances et les momens précis pendant lesquels il manifeste sa présence; c'est pour l'ordinaire après des exercices du corps ou après le repas, surtout vers le coucher du soleil et pendant la nuit. Le pouls devient alors irrégulier, fréquent, dur; les malades éprouvent une chaleur insolite et générale, un peu de sécheresse à la bouche, un peu de soif, de légers maux de tête, un état d'affaissement et de malaise qui dure autant que la reprise fébrile. C'est pendant ce temps que les autres symptômes, tels que la douleur, l'oppression, la toux, etc., sont le plus évident, et c'est aussi pendant ce temps qu'on doit redoubler d'attention pour éclaircir ses doutes sur la nature du mal.

Au reste, l'absence de la fièvre est ici d'autant moins étonnante que Dehaen (*Rat. méd.*, t. 8., page 14), Thomas Simson (*The system, of. The womb.*, page 106), Van-Swieten (*Com. in aph.*, t. 1., p. 575), Morgagni (*De sed. et caus. morb.*, ép. 20, ch. 5), et plusieurs médecins plus modernes ont vu et traité des inflammations de la nature la plus intense et le plus promptement mortelles sans aucun mouvement fébrile appréciable; et que, selon M. *Broussais*, lorsque la phlogose de la plèvre accompagne celle du péricarde, ce qui est assez commun en raison de l'identité d'organisation de ces mem-

branes et de leur voisinage, la dernière de ces affections empêche presque constamment le développement du symptôme qui nous occupe ; du moins M. *Broussais* assure avoir toujours observé ce phénomène remarquable.

Plusieurs auteurs recommandables, et parmi eux *Galien*, ont beaucoup insisté sur la dureté du pouls pour distinguer la pleurésie. *Baglivi* va plus loin, et prétend qu'à l'aide de ce seul symptôme on peut affirmer qu'elle existe : *pulsus durissimus est signum ferè infaillibile omnium pleuritidum et dùm obscuræ sunt pleuritides vel aliis complicatæ morbis si duritiem (id est nimiam arteriæ tensionem vibrationem que) in pulsu deprehenderis quamvis reliqua signa non adsint, pro certò habeas patientem laborare pleuritide (Prax. méd., lib.* 1., p. 33). Pour terminer ce qui a trait à la symptomatologie, il nous reste à parler de quelques symptômes plus fugaces ou plus variables encore que les précédens. L'irritation pleurétique ne dénote quelquefois sa présence que par un sentiment d'inaptitude aux actions ordinaires, par des lassitudes générales, des douleurs vagues et légères dans les membres, de la morosité ; la langue, qui le plus souvent ne présente rien de remarquable, est parfois blanchâtre ou rougeâtre ; l'appétit est médiocre ; les digestions, sans être troublées d'une manière notable, sont lentes ; les urines rares, quelquefois cependant copieuses et plus colorées que dans l'état habituel : *Cruikshank* a remarqué que, dans les maladies inflammatoires, et spécialement dans les pleurésies et le rhumatisme, elles déposaient abondamment par l'addition du deutochloçure de mercure. Le sang retiré des veines des pleurétiques est dans certaines circonstances recouvert d'une couche plus ou moins épaisse, comme membraneuse, appelée *corium phlogisticum* ou *crusta pleuretica*.

L'épanchement dans la plèvre est, dans le plus grand nombre des cas, annoncé par des frissonnemens irréguliers qui reviennent de temps à autre, et sans cause manifeste ; la peau se crispe au moment de ces frissons, et prend cet aspect qu'on a désigné par le nom de *chair de poule ;* les mains et les pieds sont le siége de chaleur hecti-

ques ; le visage devient pâle, les pommettes sont sujettes à rester colorées ; il y a perte de l'appétit, diminution notable des forces, amaigrissement ; et si le mal continue à faire des progrès, des sueurs partielles, la fièvre, l'infiltration séreuse des membres correspondans au côté dans lequel se trouve la collection, du dévoiement et un dépérissement rapide finissent par entraîner la perte du malade.

Signes indépendans des symptômes, appelés SIGNES PHYSIQUES. D'après le peu de fixité des symptômes énumérés jusqu'à présent, et des signes qu'ils fournissent, on sent combien il est difficile quelquefois de porter un diagnostic certain dans l'affection qui nous occupe ! Examinons donc si les diverses méthodes d'exploration de la poitrine seront ici d'une application aussi heureuse que dans quelques autres maladies des organes contenus dans cette cavité. Ces méthodes, qui sont la *succussion*, la *mensuration*, la *percussion* et l'*auscultation*, donnent certainement plus de précision au jugement qu'on doit porter ; mais nous verrons qu'elles sont parfois infidèles, et qu'elles ne suffisent pas toujours pour faire disparaître les doutes. Nous pouvons dire par anticipation que, tant qu'il n'existe aucune exhalation morbide dans la cavité de la plèvre, elles ne peuvent être que peu utiles, puisqu'ici les signes qui en découlent résultent presque exclusivement de la présence du produit de cette exhalation.

Succussion. HIPPOCRATE, le premier, reconnut les épanchemens pleurétiques et proposa la succussion, moyen qui consiste à imprimer au tronc une secousse un peu vive, à l'aide de laquelle on peut entendre le bruit que fait le flot du liquide. *Laennec* observe, avec juste raison, que ce signe n'existe point dans tous les épanchemens, mais seulement dans ceux qui sont compliqués de pneumo-thorax ; et il est certain que les pleurésies latentes développent quelquefois, avec un liquide dans la cavité des plèvres, des fluides aériformes. Toutefois, il faut bien se garder de confondre, avec le bruit dont il s'agit, celui que font entendre, chez certains sujets, les boissons

qui s'agitent dans l'estomac quand on imprime au tronc une secousse quelconque.

Mensuration. C'est encore *Hippocrate* qui, le premier, remarqua les variétés de forme et de capacité que les maladies étaient susceptibles d'imprimer au thorax, et qui employa la mensuration dans le but d'être fixé sur les changemens qui pouvaient survenir dans sa conformation.

Il est bon d'observer, avant de mesurer la poitrine, que la plupart des hommes ont le côté droit habituellement plus développé que le gauche; qu'ainsi la dilatation est loin d'être un phénomène constant. Un épanchement dans l'un des côtés du thorax donne le plus souvent, à ce côté, un développement relatif à la quantité du liquide épanché, mais pas toujours; car plusieurs litres de liquide ont été trouvés dans la plèvre sans avoir déterminé de changement sensible à l'extérieur. Dans ces cas, le poumon avait été refoulé et était devenu plus ou moins imperméable à l'air.

Après une dilatation considérable des parois pectorales, résultat d'un épanchement, si cet épanchement est résorbé, et qu'une cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement et de se rapprocher suffisamment des côtes, celles-ci s'affaissent pour combler le vide, et le côté qui primitivement était le siége de la collection devient plus étroit que celui qui est toujours resté sain. Ce rétrécissement partiel peut exister sans déterminer aucun trouble pour la santé. M. *Larrey* est, je crois, le premier qui ait signalé ce fait remarquable, dont je pourrais citer un exemple vivant parmi les officiers de santé de la marine.

Percussion. La percussion, découverte en 1761 par *Avenbrugger*, était le mode principal d'investigation à l'aide duquel pouvaient être reconnues, avant que l'auscultation fût pratiquée, beaucoup d'affections latentes de l'appareil respiratoire. Quoiqu'elle semble avoir cédé le premier rang à ce nouveau procédé, elle continue d'être encore

d'un grand secours pour le diagnostic de ces maladies ; aussi tous les bons praticiens de notre époque recommandent de les exercer simultanément, surtout quand les autres symptômes sont obscurs.

Les résultats de la méthode inventée par le médecin d'Allemagne doivent être comparés sur toute l'étendue des parois thoraciques et dans des points correspondant à droite et à gauche. Il faut assigner au malade une position dans laquelle les muscles extérieurs de la respiration se trouvent, des deux côtés, dans un égal degré de contraction ou de relâchement, et ne pas oublier de prendre en considération les différences de sonoréité que la poitrine présente dans son état normal, selon les points où on la percute. Il est nécessaire aussi de tenir compte des particularités et des autres circonstances qui sont susceptibles de faire éprouver des variations dans les signes fournis : c'est ainsi que la résonnance est plus forte chez les personnes maigres que chez celles qui ont beaucoup d'embonpoint ou les muscles très-développés. Le degré d'intensité du son peut dépendre encore de ce que le poumon, en raison de l'activité plus ou moins grande de la circulation et de la respiration, contient, dans l'état habituel, une plus ou moins grande quantité d'air. Enfin, ce qui est le plus contraire aux recherches du médecin, c'est que, chez certains individus, et sans causes apparentes, le bruit perçu se trouve en opposition aux probabilités suscitées par les formes extérieures, et même par l'état morbide.

Les parois thoraciques conservent leur sonoréité naturelle au début de la pleurésie ou dans celle qui ne s'est pas terminée par un épanchement, lors même que, par suite de cette phlegmasie, des pseudo-membranes assez épaisses se sont développées entre le poumon et les côtes ; mais souvent, dès les premiers jours de la maladie, quelquefois même dès les premières heures, en un mot, dès qu'un fluide commence à s'épancher, le son devient mat dans le côté affecté, et s'obscurcit en raison directe de la quantité du liquide : il revient à son état habituel quand la résorption s'effectue. La matité du son a lieu

encore ordinairement dans le rétrécissement, qui est la suite de la résorption de l'épanchement, quand le poumon n'a pas repris sa fonction naturelle.

Dans les pleurésies chroniques, qui sont fréquemment avec épaississement de la plèvre jointe à un épanchement, quand la collection se fait en arrière ou en bas, ou bien se trouve immédiatement au-dessus du diaphragme, la percussion est moins significative.

Auscultation. Il me reste à parler de l'auscultation pour compléter l'analyse des moyens propres à faire reconnaître l'inflammation de la plèvre. C'est sans doute le mode d'investigation dont on retire le plus d'avantages ; cependant dans quelques cas, de même que les autres signes physiques, il est infidèle, et devient alors de faible ou de nulle valeur

Les pleurésies partielles, désignées sous le nom de *diaphragmatique inter-lobaire*, de *médiastine*, et même quelques pleurésies très-générales, mais qui ne sont point accompagnées d'épanchement notable, sont sujettes à se soustraire à ce genre d'exploration.

L'auscultation immédiate se fait, comme on le sait, en appliquant l'oreille nue sur les parois du thorax correspondant aux parties qu'on veut examiner ; l'auscultation médiate se pratique au moyen du cylindre, que tout le monde connaît.

Les phénomènes qui, dans le plus grand nombre des cas, découlent de l'emploi de ces méthodes, sont les suivans :

Au début de la maladie, quand la douleur est nulle, ce qui est ordinaire pour la pleurésie latente, la respiration se fait également entendre des deux côtés. Si cette douleur se fait un peu sentir, quelque légère qu'elle soit, elle ralentit l'action des muscles respirateurs, et l'expansion pulmonaire devenant moindre du côté malade que de celui qui est sain, le bruit respiratoire y devient aussi plus faible. Un épanchement commence-t-il à se former ? ce bruit devient moins appréciable dans le point où existe la collection ; il diminue à mesure

que la quantité du liquide augmente, et disparaît presque entièrement lorsque la cavité pleurale est remplie, tandis que, dans l'autre poumon, la respiration acquiert plus d'énergie et devient *puérile*. Lorsque l'épanchement est considérable et se fait rapidement, le murmure respiratoire cesse subitement dans tout le côté. En effet, on n'y entend plus rien, excepté vers la colonne vertébrable, où il est encore sensible dans un espace de deux à trois doigts de largeur, ce qui est dû au refoulement du poumon vers sa racine. Quand la résorption vient à se faire, il augmente d'intensité, d'abord dans l'endroit où il n'avait jamais cessé complètement, *le long du rachis*, puis il commence à devenir perceptible à la partie supérieure antérieure de la poitrine, sur le sommet de l'épaule; ensuite sous l'omoplate; enfin en bas, en avant et en arrière.

Si l'épanchement est médiocre et répandu uniformément sur toute la surface du poumon, on peut distinguer encore dans presque tous les points du thorax, du côté où siége cet épanchement, un reste de respiration, parce que la compression exercée par le liquide n'est pas assez forte pour s'opposer entièrement à l'entrée de l'air dans le poumon. Si cet état persiste assez long-temps, on peut en déduire que le dernier organe est maintenu à une petite distance des côtes par des adhérences développées sur divers points de sa surface.

Ordinairement dans toutes les pleurésies avec épanchement de médiocre quantité, si l'on applique l'oreille ou le stéthoscope sur le côté de la poitrine qui renferme la production morbide, et qu'on fasse parler le malade, sa voix, qui n'offre aux assistans aucun changement remarquable, présente à celui qui ausculte un phénomène singulier, désigné par *Laennec*, qui le premier en a fait mention, sous le nom d'*égophonie*; c'est une résonnance particulière qui accompagne ou suit l'articulation des mots : il semble qu'une voix argentine, plus aiguë, plus aigre que celle du malade, frémisse à la surface du poumon; elle paraît superficielle, et l'on dirait qu'elle prend naissance à cette surface plutôt que de sortir de la profondeur de l'organe, comme

dans la *pectoriloquie* et la *bronchophonie*. On croirait que c'est un écho qui répète les mots ou leurs finales, avec un timbre saccadé et tremblotant, plutôt que la voix elle-même. C'est de l'analogie que ces derniers caractères lui donnent avec la voix d'une chèvre qu'est venu le nom d'*égophonie*. Ce phénomène paraît tenir à la modification qu'éprouve le son, par le seul fait de sa transmission à travers un fluide, et par les vibrations de l'air dans les grosses bronches, où il ne peut pénétrer que difficilement.

L'*égophonie* paraît à l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable. On l'a observée dès l'apparition des premiers symptômes qui indiquent la pleurésie, mais le plus souvent elle ne devient apparente que le second, le troisième ou quatrième jour, et jamais avant que le bruit respiratoire ne soit affaibli et que le son de la poitrine ne soit devenu mat dans le lieu où existe la collection. Quand celle-ci devient très-abondante, l'égophonie disparaît; mais elle se montre de nouveau si la résorption enlève le surcroît de liquide qui s'opposait à ce qu'elle fût évidente; enfin elle cesse graduellement à mesure que l'absorption dissipe l'épanchement.

Elle se fait surtout entendre habituellement entre la colonne vertébrale et l'omoplate, au pourtour de ce dernier os et dans une zône de trois pouces environ de large située entre lui et la mamelle.

Lorsqu'elle est distincte dans toute ou presque toute l'étendue d'un côté de la poitrine, on peut affirmer qu'il existe dans ce côté un épanchement médiocre et uniformément répandu sur toute la surface du poumon.

L'égophonie ne se présente parfois que par intervalles, et parfois n'est sensible que dans la prononciation de certains mots. M. *Andral* fils a vu un pleurétique chez lequel le chevrotement ne devenait appréciable que quand il prononçait le mot *oui*.

Elle peut être suspendue pendant quelque temps et ne reparaître qu'après que le malade a toussé ou craché. Pour bien l'entendre, il

faut appliquer fortement le stéthoscope sur les parties du thorax et poser légèrement l'oreille sur l'instrument. On a remarqué qu'en appuyant trop cette dernière, le chevrotement diminuait de moitié.

La condensation toute mécanique du tissu pulmonaire, résultat de l'abondance de l'épanchement pleurétique, détermine un bruit semblable à celui que produit l'air en traversant un conduit d'une certaine largeur. *Laennec* a donné à ce phénomène, qui doit se manifester toutes les fois que l'air ne parvient pas au-delà des bronches, le nom *de respiration bronchique*. M. *Chomel* le regarde comme un des signes les plus certains d'épanchement dans la plèvre.

Quand l'égophonie se fait entendre dans un point voisin d'un gros tronc bronchique, et particulièrement près de la racine du poumon, elle se mêle souvent à une *bronchophonie* plus ou moins marquée. Cette réunion des deux phénomènes imprime à la voix du malade des modifications essentielles à noter : dans certains cas, il semble qu'elle est transmise à travers une trompette ou un porte-voix métallique ou un roseau fêlé; dans d'autres, elle produit l'effet d'un jeton placé entre les dents et les lèvres d'un homme qui parle, ou imite le son de ces instrumens de la foire, connus sous le nom de *mirliton*. Quelquefois elle acquiert seulement une plus forte résonnance vers le lieu où existe la collection; enfin elle se rapproche parfois de cette espèce de bredouillement analogue au langage du *polichinel*, et se distingue alors plus particulièrement entre le bord interne de l'omoplate et le rachis.

L'ouverture d'une cavité tuberculeuse dans la cavité pleurale, donne lieu, pendant l'acte respiratoire, à un bruit semblable à celui qui se fait entendre quand on souffle dans une bouteille vide; de là l'épithète *d'amphorique;* ou bien elle détermine un son semblable à celui produit par un léger choc sur une lame métallique, analogie qui lui a fait assigner le nom de *tintement métallique*. On peut se faire une idée juste de ce phénomène, en le comparant

à la sensation qui est perçue quand on laisse tomber une goutte d'eau dans une carafe aux trois quarts vide.

Avant la découverte de la méthode de l'auscultation, les erreurs sur le diagnostic des épanchemens étaient beaucoup plus fréquentes. A ce sujet, *Camper* dit : *In universum autem adeò sunt obscura ejus signa diagnostica ut rarissimè nisi post mortem cognoscatur.* (Mém. de la Soc. roy. de médecine); *Bonnet* et *Morgagni* citent des exemples d'épanchemens séreux sans symptômes manifestes; *Cullen* et *Avenbrugger* ont fait de semblables observations. D'un autre côté, *Ledran*, *Willis*, *Pison*, *Dionis*, ont ouvert des cadavres sans en rencontrer aucunes traces chez des sujets qui pendant la vie leur avaient présenté tous les signes propres à en assurer l'existence.

Au résumé, on doit donc établir que la plupart des symptômes assignés aux pleurésies en général sont peu apparens ou manquent même dans l'espèce qui nous occupe; que, pris isolément, chacun de ces symptômes est peu caractéristique, puisque le plus souvent il est à peine sensible, mais que de la réunion de plusieurs d'entre eux on peut déduire des probabilités assez grandes. Ainsi une légère douleur, un peu de dyspnée, le malaise dans certaines positions, la toux, l'expectoration, la fréquence et la dureté du pouls, etc., etc., suppléeront au début à l'insuffisance des signes physiques; et à leur tour, la commotion hippocratique, la mensuration, la percussion et l'auscultation donneront aux phénomènes précédens une valeur que, dans le principe, ils n'avaient pas. Mais parmi ces diverses méthodes d'investigation, celle de l'illustre professeur dont nous déplorons la perte récente et prématurée (l'auscultation) est sans contredit la plus utile pour apprécier les désordres nombreux et variables dont le siége est dans la poitrine. Ce que je viens d'en dire m'a surtout été fourni par l'ouvrage qu'il nous a laissé, après en avoir apprécié la justesse au lit même des malades et sous la direction de maîtres habiles. Toutefois, malgré cette perfection réelle et incontestable apportée dans le diagnostic des maladies des organes thoraciques, l'on ne saurait cepen-

dant s'empêcher de convenir qu'il reste encore beaucoup à faire sous ce rapport; et parmi ces maladies, la pleurésie latente restera probablement une de celles qu'il sera le plus difficile de reconnaître. Dans tous les cas, à la fin de cet essai, j'en fournis un exemple récent que je dois à l'obligeance de M. *J. Parent*, médecin distingué de la capitale.

Marche, durée, terminaison, prognostic. La marche de la pleurésie latente est quelquefois très-rapide (Dans les Recherches anatomico-pathologiques sur la médecine pratique, par M. *C. F. Tacheron*, on trouve rapportée par le docteur *Carteron* une observation de phlegmasie de ce genre, qui se développa à la suite d'une blessure grave, et qui entraîna le malade dans l'espace de deux jours); mais le plus souvent elle est lente; elle entretient dans une sécurité funeste le malade, qui observe avec peu de soin les recommandations hygiéniques qu'on lui fait. La pleurésie peut alors être justement comparée à ces volcans qui minent sourdement les entrailles de la terre, et ne manifestent leur présence que quand ils ont produit des ravages irréparables. Enfin, dans d'autres circonstances, déguisée sous des formes trompeuses ou peu tranchées, elle suit une marche irrégulière et parfois intermittente.

Sa durée est très-variable; elle peut parcourir promptement ses périodes, et peut aussi durer plusieurs années, selon qu'elle a pris un caractère aigu ou chronique. Sa terminaison est ordinairement fâcheuse, l'obscurité qui l'accompagne écartant les secours que l'art de guérir pourrait lui opposer. Elle est susceptible d'être compliquée avec d'autres affections.

Sous le rapport du prognostic, c'est une maladie grave, et le danger est relatif à la cause, à l'étendue, au siége de l'inflammation, à la quantité et à la nature du liquide épanché; au temps depuis lequel il est épanché, aux complications qui peuvent se présenter,

aux différens âges, aux constitutions, aux saisons, aux habitudes, au genre de vie, etc., etc.

Les caractères anatomiques sont les mêmes que ceux des phlegmasies de la plèvre dont le diagnostic n'a point offert de difficultés.

Il n'est point entré dans le plan de cette esquisse, sans doute fort imparfaite, de discuter et d'apprécier la valeur respective des différentes méthodes de traitement et des agens divers qui peuvent être opposés avec plus ou moins de succès aux diverses espèces de pleurésie, et en particulier à celle qui porte le nom de *latente*. J'ai cru plus convenable de donner toute mon attention à rassembler et à développer les causes, les symptômes, les signes d'une affection trop souvent méconnue et trop souvent funeste.

Observation de pleurésie latente.

M***, âgé de trente-neuf ans, d'un caractère timide et pusillanime, d'une assez forte constitution, avec prédominance du système lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoiqu'ayant l'haleine courte, s'exposa, pendant plusieurs heures, le 10 novembre dernier, à la pluie, et conserva ses vêtemens mouillés.

Le 11, forcé de garder le lit, il fit appeler le docteur *Parent*, qui le trouva dans l'état suivant : décubitus sur le dos, visage pâle, anxiété extrême, abattement moral, prostration très-grande; la respiration était précipitée; la percussion de la poitrine, faite avec le plus grand soin, ne fournissait qu'un très-léger son mat à la partie inférieure et antérieure du côté droit, dans une étendue de deux pouces seulement; à l'aide du sthétoscope, on n'entendait que faiblement le bruit respiratoire dans la même partie. Il n'y avait ni douleur, ni toux, ni expectoration; le pouls battait cent vingt fois par minute; les fonctions digestives étaient dans l'état normal.

Le malade se refusant avec opiniâtreté aux saignées générales, on

appliqua vingt sangsues sur le point du thorax où le son avait semblé plus mat, et l'on prescrivit des boissons délayantes et la diète absolue. Ce traitement fut continué pendant plusieurs jours, sans produire de soulagement sensible. Le 20, on eut recours, sans plus de succès, à deux saignées, à des sinapismes et à des vésicatoires sur la poitrine.

Le mal persistant sous l'influence des antiphlogistiques, on se décida à essayer la méthode de *Rasori;* mais, dès la deuxième cuillerée de la potion l'oppression paraissant augmenter on cessa cette médication. L'émétique en lavage dans du bouillon de poulet provoqua quelques selles sans soulagement. Une once d'huile de ricin détermina de légères évacuations alvines, qui furent suivies d'un mieux notable, mais de courte durée, et qui ne se montra plus malgré un nouvel usage du médicament, qui avait semblé l'avoir produit.

Jusqu'au 16 on méconnut entièrement l'affection; plus tard, on crut reconnaître une pneumonie latente, et le 20 décembre seulement on soupçonna l'existence d'un épanchement pleurétique. Les recherches les plus minutieuses fournissaient pour tous signes : absence d'égophonie, absence du bruit respiratoire du côté droit, très légère matité du son dans le point déjà indiqué, un peu de râle muqueux du même côté. On administra alors la teinture de digitale en frictions, et la poudre de cette plante à l'intérieur. Aucun résultat heureux de ce médicament. Il en fut de même d'un large séton que l'on passa au côté malade du thorax, et de vésicatoires que l'on promena sur la même partie et sur les extrémités abdominales. La dyspnée, la fréquence du pouls, la prostration des forces persistèrent, et aucun nouveau signe ne se joignit à ceux fournis par les divers moyens d'exploration employés. Enfin, le 26 janvier, M*** mourut, conservant l'intégrité de ses fonctions cérébrales et digestives.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la portion de la plèvre costale droite parsemée de taches rouges, irrégulières, très-rapprochée.

pénétrant toute son épaisseur, et laissant entre elles des intervalles où la membrane ne paraissait point altérée. Les vaisseaux sanguins qui rampent à sa surface étaient injectés; on voyait, un peu en avant et en bas, une collection de douze onces environ d'un liquide séreux, inodore, ressemblant à du petit-lait; il n'y avait point d'exsudation membraniforme; l'épaississement de la plèvre était considérable à la partie inférieure du poumon, surtout vers le point correspondant au diaphragme; mais il paraissait être le résultat de la phlogose, et était homogène; il n'y avait ni tubercules miliaires, ni couches minces pseudo-membraneuses. Le poumon était flottant; on n'y pouvait reconnaître aucune trace d'inflammation, même au voisinage des parties les plus altérées de la plèvre.

Au côté gauche et supérieur de la poitrine, il existait deux adhérences d'ancienne formation: les autres organes de cette cavité étaient sains; le cerveau et l'abdomen n'offraient rien de remarquable.

Ainsi l'on voit que, chez ce malade, l'oppression (qui ne pouvait être bien caractéristique, puisque l'haleine était habituellement courte), une prodigieuse anxiété, la fréquence du pouls, la diminution du bruit respiratoire, un très-léger son mat, un peu de râle muqueux, étaient les seuls symptômes qui indiquassent une irritation fixée sur l'un des organes de la poitrine, que chez lui les signes de pleurésie étaient par conséquent très-obscurs; et cependant on sent combien il eût été à désirer qu'on eût pu porter un diagnostic certain, dès le début de la maladie, afin de l'attaquer franchement, sans jamais varier sur les moyens thérapeutiques.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est ; contrarium verò, malum. *Sect.* 2, *aph.* 33.

II.

Hyeme verò pleuritides, tusses, dolores pectorum et laterum. *Sect.* 3, *aph.* 23.

III.

Qui pleuritici facti non repurgentur supernè in quatuordecim diebus, his in suppurationem convertitur. *Sect.* 5, *aph.* 8.

IV.

Qui ex pleuritide suppurati fiunt, si intra quadraginta dies ex quo ruptio fuerit facta repurgentur supernè, liberantur ; si verò minùs, ad tabem transeunt. *Ibid.*, *aph.* 15.

V.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Ibid.*, *aph.* 24.

VI.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.